ZADUMA

(MELANCHOLIA)

SKREŚLIŁ

DR MIECZYSŁAW NARTOWSKI,

LEKARZ CHORÓB NERWOWYCH W KRAKOWIE,

B. ASYSTENT UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO, PROFESORA DRA MENDLA W BERLINIE I B. LEKARZ KLINIKI DLA CHORÓB UMYSŁOWYCH PROFESORA DRA JOLLI'EGO W BERLINIE.

KRAKÓW

NAKŁADEM KSIĘGARNI S. A. KRZYŻANOWSKIEGO

1900.

ZADUMA

ZADUMA

(MELANCHOLIA)

SKREŚLIŁ

DR MIECZYSŁAW NARTOWSKI,
LEKARZ CHORÓB NERWOWYCH W KRAKOWIE,

B. ASYSTENT UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO, PROFESORA DRA MENDLA W BERLINIE I B. LEKARZ KLINIKI DLA CHORÓB UMYSŁOWYCH PROFESORA DRA JOLLI'EGO W BERLINIE.

KRAKÓW
NAKŁADEM KSIĘGARNI S. A. KRZYZANOWSKIEGO
1900.

Drukarnia Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem J. Filipowskiego.

ZADUMĄ czyli Melancholią, od μέλας = czarny, χόλος = żółć, oznaczali najdawniejsi lekarze jak Hippokrates i Galenus, najrozmaitsze stany chorobowe, będące następstwem nadmiaru czarnej żółci w organizmie a nazwy tej nie używali jedynie na oznaczenie tego stanu umysłowego, jaki my dzisiaj rozumiemy pod nazwą zadumy, ale posługiwali się nią w oznaczaniu różnych stanów patologicznych.

Hippokrates podaje jako cechę zadumy trwożliwość i smutek; Willis określa zadumę pewnym stanem choroby umysłowej, w którym na pierwsze miejsce występuje obawa i smutek; Pinel określa zadumą pewien stan smutku i obawy, z częściowem bredzeniem, ześrodkowującem się około jednego tylko lub całego szeregu przedmiotów; Esquirol, odrzucając nazwę »Melancholia«, nazywa wszelkie stany bredzenia częściowego o treści i podstawie przygnębiającej, od wyrazu λυπή = smutek, »Lypemanią«; Griesinger jako podstawę wszelkich stanów melancholicznych, podaje chorobliwe istnienie trwożliwego, przygnębiającego, ujemnego wzruszenia umysłowego; Schüle zaś, bolesną nadczułość pod względem uczuciowym i ruchowym.

Jeżeli atoli zwrócimy uwagę na bezwład postępowy, na zatrucia alkoholowe, na różne choroby organiczne mózgu, na ciężkie nerwice i t. p., gdzie spotykamy się również z nieuzasadnionem smutnem usposobieniem i innymi objawami, cechującymi zadumę, to przyjdziemy do przekonania, że zaduma jest pierwotną chorobą mózgową i to czynnościową, albowiem brak nam wszelkich danych anatomo-patologicznych, na podstawie których możnaby ją zaliczyć do chorób organicznych. Najlepiej więc określić zadumę, jako chorobę czynnościową mózgu, o chorobliwych psychicznych objawach, których punktem wyjścia

i podstawą jest wzmożone bolesne podrażnienie duszy, niczem lub niedostatecznie uzasadnione smutne usposobienie i ogólna ociężałość aż do zupełnego zatamowania wszelkich czynności duchowych. Pod względem neuropatologii, możnaby ją nazwać neuralgią szarej kory mózgowej (Mendel).

ETYOLOGIA.

Mimo wyłączenia ze statystyki wszelkich stanów melancholicznych, zaduma jest najczęstszą postacią z czynnościowych chorób umysłowych, występuje zaś zarówno u dzieci, jak i u starców.

Wedle zestawienia Mendel'a, wypada na wiek

między	15	a	20	rokiem	25	przypadków
»	20	»	25	»	36	»
»	25	»	30	»	24	»
»	30	»	35	»	28	»
»	35	»	40	»	21	»
»	40	»	45	»	28	»
»	45	»	50	»	29	»
»	50	»	55	»	24	»
„	55	»	60	»	12	»

Płeć nie odgrywa tutaj znaczniejszej roli; u mężczyzn występuje częściej *Melancholia hypochondriaca*, którą jeśli zupełnie z obrachowania wykluczymy, to u kobiet częściej spotykamy *Melancholia moralis;* równie *Melancholia attonita*, wedle zestawienia Sauze'go, występuje częściej u mężczyzn i to przeważnie między 20 a 30 rokiem życia.

Co do dziedziczności, to odgrywa ona tutaj taką samą rolę, jak przy wszystkich innych chorobach umysłowych, a najważniejszym czynnikiem w jej powstawaniu jest pewne indywidualne usposobienie, to jest to, co w życiu codziennem zwiemy »temperamentem melancholicznym«. Prawie $^{3}/_{4}$ chorych, wykazuje już od młodości lub od czasu późniejszego, pewne trwożliwe usposobienie, pełne lęku przy jakiejkolwiek sposobności, co jest znów dziedzicznem albo wrodzonem a tylko u mniejszej połowy chorych, później nabytem.

1*

Aby u człowieka, aż dotąd zupełnie normalnego, powstała zaduma nagle po jakimś gwałtownym wzruszeniu jak n. p. nagłej śmierci kogoś z najbliższych, ukochanych i t. p., jest rzeczą nadzwyczaj rzadką. Prawie zawsze w tego rodzaju przypadkach, da się odszukać jako czynnik etyologiczny pewna trwożliwość, przygnębienie lub istnienie już dawniej jakiejś choroby nerwowej a zwłaszcza nerwicy, jak hipohondryi, maciennictwa lub padaczki.

Zazwyczaj uspasabiającym czynnikiem, są liczne a długo trwające zmartwienia, długie czuwania po nocach, ważne sprawy publiczne, różne choroby nagminne, tęsknota do kraju rodzinnego (*Nostalgia*) i to zwłaszcza u żołnierzy, jeńców lub też osób, zesłanych na wygnanie lub osiedlenie.

Różne choroby ostre, jak gościec stawowy, tyfus, płonica, ospa i t. p., które zmniejszają odporność organizmu, siłę i energię układu nerwowego ośrodkowego, są równie często przyczyną rozwoju różnych chorób umysłowych, o przeważającym charakterze zadumy. To samo odnosi się do zboczeń umysłowych, występujących podczas ciąży lub karmienia, podczas gdy w połogu zarówno często występuje zaduma jak obłąd (m a n i a).

Z chorób więcej przewlekłych, ważną rolę odgrywają różne zatrucia, zwłaszcza przewlekłe jak alkoholowe, dalej gruźlica, kiła, choroby serca i nerek, które powodując ogólne zaburzenia w odżywieniu organizmu, wywołują tem samem zaburzenia w odżywieniu mózgu i stają się momentem usposabiającym.

Nie bez wpływu są również cierpienia organów brzusznych, jak żołądka, wątroby, guzy krwawnicowe, samogwałt i nasieniotoki, które osłabiają organizm i sprowadzają psychiczne przedrażnienie, dalej krzywica, niedokrewność, blednica i to zwłaszcza jeżeli występuje w czasie pierwszych regularności a rzadziej już w latach zwrotu płciowego, gdzie na 60 zboczeń umysłowych, podaje K r a f f t - E b i n g, tylko 4 przypadki zadumy.

ROZWÓJ CHOROBY.

W rozwoju typowych a nie występujących ostro przypadkach zadumy, możemy odróżnić Stadium depressionis, melancholicum i decrementi; ścisłej atoli granicy tutaj niema, albowiem jeden okres przechodzi w drugi bardzo powoli i niepostrzeżenie.

1. *Stadium depressionis*, jestto pierwszy okres zadumy, w którym chorzy prawie że zupełnie aż dotąd zdrowi, odczuwają pewną ciężkość w myśleniu i trudność w wykonaniu swoich codziennych zajęć. Przed każdem postanowieniem głęboko się namyślają a zanim coś postanowią, upływa czas jakiś, nie mogą bowiem się zdecydować a choć długo się namyślają, to i tak jeszcze, wykonanie staje się dla nich bardzo trudnem, nieraz niemożliwem. W połowie raz postanowionej pracy lub zajęcia czują, że ich siły opadają, że w niczem nie podołają. W ten sposób tracąc wytrwałość, przerywają codzienne zajęcie i popadają w próżniactwo, jako zupełnie niezdolni do wykonania choćby najzwyklejszych swoich zajęć codziennych.

Stan taki trwa krócej lub dłużej, poczem ogarnia chorego jakiś niczem nieuzasadniony a dziwny niespokój, trwoga i umysłowe przygnębienie, najrozmaitsze a przeważnie nieprzyjemne i przykre uczucia, przeczucia zbliżającego się nieszczęścia, któremu nie mogąc przeszkodzić, są smutni i mówią, że dla nich już nie ma ratunku, że są powodem ruiny nietylko własnej ale i całej rodziny.

Tego rodzaju ustawiczne skargi wykazują, że myśl chorego obraca się w jednym tylko kierunku. Jeżeli jest skierowaną ku własnemu ciału, chorzy miewają wtenczas różne bolesne uczucia w okolicy serca, występujące w postaci napadów trwogi przysercowej, które odnoszą do zmian organicznych w sercu i które są nieraz powodem gwałtownego wybuchu płaczu lub nawet targnięcia się na własne życie; ucisk w okolicy wątroby, przypisują

istnieniu raka wątroby, jednorazowy zaś nawet kaszel, nasuwa im myśl gruźlicy płuc i t. p.

Niekiedy występuje silna obawa przed możliwością wystąpienia choroby umysłowej. Wtenczas dla uchronienia się przed nią, nasuwa się myśl, czyby nie lepiej przerwać to smutne i bezcelowe życie. I rzeczywiście, wielu chorych w tym okresie choroby, ginie samobójstwem.

Do tego wszystkiego, przyłącza się powoli uczucie osłabienie ciała i silnego znużenia, w następstwie czego spadają z ciała i chudną, źle wyglądają i powoli następuje coraz to wybitniejsza zmiana we śnie. Chorzy popadają niekiedy w senność, lub też sen opanowuje ich w niezwykłej dotąd porze, jak n. p. z rana lub południem. Ze stanym tym pozostaje w związku coraz silniejsze zmniejszenie się czasu snu w nocy, który nadto jest niespokojnym, ciężkim i przerywanym męczącymi snami.

Z tem wszystkiem idzie w parze, coraz to silniejsze zmniejszanie się apetytu, brak lub apetyt większy niż zwykle i zmienny, uczucie pełności i ciśnienia w żołądku, zwłaszcza po jedzeniu, obłożenie języka, suchość w ustach, oddech cuchnący, odbijanie się, leniwe odchody stolcowe, kał twardy i ciemny, zielonkowaty lub nawet białawy albo gliniasty, silne obrzmienie naczyń krwawnicowych i krwotoki z takowych.

Na głowie chorzy doznają najrozmaitszych nieprzyjemnych uczuć, zwłaszcza na częściach tylnych czaszki i na ciemieniu, ściskanie, uczucie próżni lub jakby się w niej coś ruszało. W okolicy dołka sercowego doznają ucisku, powoli rozwijają się różne nieprzyjemne uczucia brzuszne, zaburzenia ze strony narządu krążenia, jak uczucie gorąca lub zimna, bicie serca, ociężałość, palenie w gardle i silne pragnienie.

U niektórych chorych występuje osłabienie czucia skóry i to w całości lub tylko na pewnych częściach ciała, jak n. p. na połowie ciała lub też jedynie na głowie, twarzy, tułowiu lub pojedynczych członkach.

W mięśniach występuje uczucie jakiegoś nieprzyjem-

nego napięcia, które staje się niekiedy nawet bardzo bolesnem.

W tych warunkach bardzo często spotykamy się z chorymi, obojętnymi na wszelkie bodźce zewnętrzne, apatycznymi, zajętymi jedynie swoimi smutnymi myślami. Jeżeli, co nie tak rzadko się zdarza, przychodzi do wzmożonej drażliwości i gwałtowności przeciwko wszystkiemu, co im staje na drodze, to wtenczas najmniejszy już szmer wywołuje uczucie strachu a widok różnych przedmiotów, jak n. p. noża, wywołuje konieczność odebrania sobie życia. Powoli przychodzi do coraz silniejszego ucisku umysłowego, różnych urojeń, niespokoju, podejrzliwości, niezadowolenia i wzmożenia się trwogi, do czego przystępuje nieraz gwałtowny ból neuralgiczny w okolicy tylnej części głowy lub twarzy. Chorzy tracą możność panowania nad sobą i nadzwyczaj łatwo wybuchają z całą gwałtownością przeciw otoczeniu. O napadzie takim nietylko że mają zazwyczaj później świadomość, ale niekiedy poznają, po zbliżającem się uczuciu trwogi lub jakimś bólu, chwilę zbliżającą napad gwałtowności. Wtenczas proszą zazwyczaj o oddalenie wszelkich przedmiotów i chronienie się przed nimi.

Jestto tak zwany p o r y w m e l a n c h o l i c z n y *(Raptus melancholicus)*, który atoli występuje nie we wszystkich postaciach zadumy.

W tym zatem okresie, wszelkie stany patologiczne odbijają się przeważnie w uczuciach i dopiero powoli wyłania się,

2. *Stadium melancholicum*, w którem chorzy nie poprzestają już na dotychczasowych użaleniach się o swojej trwodze i beznadziejności. W wypadkach swojego życia znajdują dla niej uzasadnienie i powoli przychodzi do przywidzeń, urojeń i złudzeń. W ten sposob powstają zatem bredzenia, których treść jest przygnębiającą i obraca się albo około rzeczy moralnych *(Melancholia moralis)*, lub około własnego ciała *(Melancholia hypochondriaca)*. Ponieważ ścisłej atoli granicy tutaj niema, dlatego na pod-

stawie treści bredzenia, nie można przyjąć różnych postaci zadumy, albowiem niema żadnego przypadku zadumy, gdzieby bolesne uczucie, ograniczało się do jednego tylko rodzaju wyobrażeń.

Zachowanie się chorego jest tutaj zazwyczaj takie samo, jak w pierwszym okresie. Boleść duchowa i smutek sprawia niekiedy, że chorzy unikają ludzi (*Melancholia misanthropica)*, że trudno od nich się coś dowiedzieć.

Wyraz twarzy wykazuje głęboką boleść duchową i obawę, spoglądają oczyma pełnemi trwogi na każde poruszenie w pobliżu lub też badanie. Nieraz z piersi ich wyrywa się westchnienie »o Boże!«, »jakiż ja biedny« itp.; żadnego poruszenia nie wykonują z własnego popędu, ale trzeba ich nawet zmuszać i zachęcać do takich czynności, jak stolca lub oddania moczu. Ruchy ciała stają się nadzwyczaj powolne a głos jednostajny.

Jestto tak zwana *Melancholia passiva*, w której chociaż po za ustawicznem przygnębieniem i smutkiem, nie przychodzi zazwyczaj do nagłego wystąpienia napadów znaczniejszego podniecenia lub porywu melancholicznego, to przecież mogą być wyjątki, gdzie powolny i spokojny przebieg, może się nagle zmienić skutkiem wystąpienia nagłego wzmożenia się trwogi i dać powód do porywu melancholicznego.

W przeciwieństwie do tej postaci zadumy, należy odróżnić zadumę czynną, *Melancholia activa* vel *agitans,* w przebiegu której spotykamy się z ustawicznemi skargami i wzdychaniami, oskarżeniami się o najrozmaitsze przewinienia i samoponiżenia.

Skarg tego rodzaju chorzy nie dadzą sobie przerywać. Wszelkie usiłowanie uspokojenia lub pocieszenia, podrażnia ich jeszcze więcej.

W mowie przebija się coraz wyraźniej trwoga, obawa i przestrach, są beznadziejni i zrozpaczeni. Dla nich już niema żadnej pomocy ani ratunku, prócz jednej śmierci, o którą ze łzami błagają.

Niekiedy znowu opowiadają, że już i śmierć nie ulży

ich cierpieniu, że przeznaczeniem ich jest wieczne życie pełne utrapienia i kary. Wtenczas przychodzi do wybuchu znacznego podniecenia, które dochodzi niekiedy aż do porywów melancholicznych albo ogranicza się tylko do nadzwyczajnego niespokoju, który wraz z towarzyszącą mu trwogą, zmusza chorych do bezcelowego chodzenia lub biegania, nieraz kilkudniowego po polach i lasach *(Melancholia errabunda* vel *ambulatoria)*.

Tego rodzaju zaduma, może przejść w szaleństwo *(Furor melancholicus)*, w którym chorzy niszczą wszystko, co im pod rękę wpadnie, ranią otaczające ich osoby lub siebie samych, usiłują przemocą wydostać się z mieszkania, celem uchronienia się przed ogniem naokoło gorejącym i t. p. rzekomo im zagrażającymi niebezpieczeństwami.

Czas, w którym przychodzi do rozwinięcia się tego rodzaju obrazu zadumy, jest różnym.

Wogóle choroba rozwija się powoli, a nim się zupełnie rozwinie jako całość patologiczna, mijają tygodnie a niekiedy nawet miesiące. Nagle rozwija się tylko wyjątkowo i to u osób z usposobieniem melancholicznem.

Po dłuższem lub krótszem trwaniu, wchodzi zaduma w 3 *Stadium decrementi*, w którem chorzy powoli stają się przystępniejsi dla otoczenia, trwoga i obawa się zmniejszą, sen i apetyt się poprawia, powraca powoli regularny stolec, a odżywienie chorego jest coraz lepszem.

Chory coraz więcej zajmuje się jakąś lżejszą czynnością, jak n. p. mężczyźni czytaniem lub pisaniem, kobiety robotami ręcznemi.

W okresie tym wznawiają się zazwyczaj te cierpienia, które występowały na początku zadumy, jak n. p. ból głowy, i t. p. a które z biegiem coraz silniejszego rozwoju choroby, zniknęły w zupełności.

PRZEBIEG CHOROBY.

W przebiegu zadumy spotykamy najrozmaitsze nasilenia, zwolnienia i przerwy.

Nasilenia występują przeważnie w godzinach porannych i w czasie aż do południa; odtąd do wieczora lub nawet do późnej nocy, chorzy czują się względnie dobrze. Zwolnienia bywają niekiedy codzienne, czasami występują co drugi lub trzeci dzień albo i później; nigdy nie są prawidłowe i nie tego rodzaju jak n. p. w zimnicy; pojawiają się zaś głównie w początkach i przy końcu choroby.

U kobiet przed pojawieniem się regularności występuje nasilenie, po niej zazwyczaj zwolnienie, czasem jednak sprawa ma się zupełnie odwrotnie.

Niekiedy przychodzi do nagłego pogorszenia i wystąpienia różnych objawów, jak urojeń, trwogi i t. p.

Zupełnie wolne przerwy spotykamy w zadumie bardzo rzadko, trwają kilka tygodni lub miesięcy a odznaczają się tem, że podczas nich występuje to cierpienie, na które użalali się chorzy w pierwszych chwilach rozwoju choroby.

By takie zupełnie wolne przerwy (lucida intervalla) odróżnić od wyzdrowienia, wzmagających się czasowo różnych objawów chorobowych a nawrotu, trzeba pamiętać, że w wolnych takich przerwach prawie zawsze można odnaleść niektóre objawy zadumy, że po przerwie dłuższej, powrót choroby nastaje prawie że bez wyjątku przy tych samych okolicznościach, co z początku i że długość wolnych przerw, jest zazwyczaj jednakową.

TRWANIE CHOROBY.

W przypadkach, w których zaduma jest następstwem różnych chorób ciała, trwanie choroby rozciąga się na czas od kilku tygodni do kilku a nawet kilkunastu lat.

Typowe a wyzdrowieniem kończące się przypadki zadumy, trwają zazwyczaj od 5-ciu do 10-ciu miesięcy, niekiedy atoli znacznie dłużej.

ZEJŚCIE CHOROBY.

Zaduma może się skończyć:

1. zupełnem lub niezupełnem wyzdrowieniem,
2. przejściem w zadumę chroniczną,
3. przejściem w inną chorobę a zwłaszczą w osłabienie umysłowe i
4. śmiercią.

1) Wyzdrowienie następuje w przeważnej ilości przypadków powoli i rozpoczyna się od ogólnej poprawy chorego, poprawy odżywienia, składników krwi a potem dopiero uwidacznia się coraz silniejsze osłabienie objawów umysłowych.

Jako najwybitniejsza oznaka powracającego zdrowia przychodzi sen. Chory nie może się dosyć naspać, już z wieczora kładzie się do łóżka, śpi nietylko po obiedzie, ale i przed nim.

Apetyt wzmaga się nieraz do tego stopnia, że chory jadłby w każdej porze dnia. Poprawia się wygląd chorego i wyraz twarzy, przybywa tuszy, czasem chory nawet tyje.

Niekiedy okres wyzdrowienia poprzedzają obfite poty, ślinotok, liczne wyrzuty na ciele lub nawet krwotoki. U innych znowu chorych wracają różne choroby dawniejsze a głównie nerwowe, które ustąpiły zupełnie po rozwinięciu się zadumy jak n. p. ból zębów, nerwowy ból głowy, kurcze żołądka i różne objawy macinnictwa. Chory oddaje kilka razy na dzień znaczną ilość kału, który przewyższa dzienną ilość pokarmów. Stan taki trwa nieraz kilka tygodni.

Dawne skłonności, żądze i władza poznawania, powracają powoli. Chorzy coraz to częściej i chętniej zajmują się tem, czem się dawniej zajmowali. Dla otaczających osób są coraz łagodniejszymi, chętniej rozmawiają i coraz więcej unikają samotności; zaczynają wątpić o rzeczywistości dawnych swoich urojeń, których pomału się pozbywają; przestają być smutnymi i zamyślonymi, a jak dziecko cieszą się z bodaj drobnostek.

Stan taki jest coraz to częstszym. Wreszcie silniejsze jakieś wzruszenie, jak radość na widok dawno nie widzianej a ukochanej osoby, wykonanie jakiegoś zabiegu leczniczego i t. p., wyrywa ich na zawsze z zadumy.

Chorzy nabierają przekonania, że byli rzeczywiście umysłowo chorymi. Nieraz dziwią się, jak mogli to lub owo myśleć, w ten lub inny sposób podejrzywać, oskarżać się i żalić; z nienawiści dla otoczenia, przechodzą do uprzejmości i wdzięczności za opiekę, ktorą w czasie choroby doznali.

Niekiedy stopniowo powracające zdrowie bywa przerywanem krotkiem pogorszeniem. Zanim nastąpi zupełne wyzdrowienie, upływa kilka tygodni lub miesięcy. U osób młodszych, pierwszy raz chorych, następuje wyzdrowienie zazwyczaj wcześniej, aniżeli u starszych, gdzie sprawa ciągnie się czasem do kilku lat.

Za zupełnie uleczonego należy uważać chorego dopiero wtenczas, gdy obok zupełnego ustąpienia różnych objawów zadumy i choroby fizycznej, która była powodem rozwinięcia się zadumy, wróci dawne usposobienie chorego i gdy chętnie zabiera się do dawnych swoich czynności i zajęć; gdy jest zdolnym dobrowolnie a szczerze ocenić przebytą chorobę, gdy uzna, że był słabym na umyśle, że różne jego uczucia były chorobliwemi.

Niekiedy, i to częściej, przychodzi jedynie do wyzdrowienia pośredniego, gdzie ze stanu zwalniającej zadumy, chorzy przechodzą w stan maniakalny, który raz jest dłuższym, to znowu krótszym a z którego dopiero powoli rozwija się wyzdrowienie.

Z nagłem wyzdrowieniem spotykamy się nadzwyczaj rzadko i prawie że wyjątkowo, jak n. p. u kobiet po wystąpieniu dawno zatrzymanej regularności, po odpływie krwi z naczyń krwawnicowych, po wystąpieniu na ciele różnych czyraków i gorączki, objawiającej aż dotąd gruźlicę utajoną.

Chorzy są wtenczas jakby ze snu przebudzeni, nie pamiętają, co się z nimi działo i wszystkiemu się dziwią.

Z drugiej strony trzeba się mieć na ostrożności, by nie pomięszać z nagłem wyzdrowieniem, nagle występującego niekiedy ustąpienia zadumy, po którem nastaje silne rozdrażnienie.

Poza tymi przypadkami zadumy, które kończą się powolnem lub nagłem wyzdrowieniem, spotykamy jeszcze przypadki, gdzie przychodzi wprawdzie do wyzdrowienia, nie jest ono atoli zupełnem.

Tutaj należą te przypadki zadumy, gdzie ustępują najcięższe objawy jak urojenia, trwałe zatamowania czynnyści, zboczenia w czuciu i t. p. a pozostaje pewna słabość umysłu, gdzie chorzy okazują wstręt do otaczających ich osob a nawet do tych, których kochali; jeżeli stronią od miejsc i rzeczy, które dawniej lubili; jeżeli nie uznają swojej choroby i bardzo niechętnie o niej mówią; jeśli drażliwość dawna nie ustępuje, lecz chorzy są dalej podejrzliwymi, nieumiarkowanymi i dziwacznymi, jeśli im brak odpowiednej siły do jakiegoś postanowienia i czynu, lub nawet chęci do życia a przytem wszystkiem, przychodzi powoli do poprawy w ogólnym wyglądzie, w odżywieniu, w śnie i t. p.

Ogólny procent z przypadków kończących się wyzdrowieniem, waha się w granicach między 60 a 70.

W wielu przypadkach spotykamy się z zejściem w zadumę chroniczną, gdzie choroba wśród najróżnorodniejszych zwolnień i nasileń, utrzymuje się przez szereg lat.

Dość często występuje tutaj pozorne wyzdrowienie i dopiero po dłuższym czasie, kiedy jesteśmy niemal pewni uleczenia, nastaje powrót choroby — jestto objaw zejścia typowego obrazu zadumy w *Melancholia periodica*.

3. Najczęściej zaduma kończy się zejściem w inną jakąś postać chorobową, jak w różne choroby zapalne, porażenia, które są zazwyczaj poprzedzone pewnem stopniem rozdraźnienia lub w gruźlicę, puchlinę i t. p.

W przeważnej atoli ilości przypadków, zaduma przechodzi w osłabienie umysłowe, utratę pamięci i niedołę-

stwo władz umysłowych. U chorego widzimy wtenczas obok obecnej choroby, różne objawy zadumy, która poprzedziła stan obecny i była powodem utworzenia się nowego obrazu patologicznego.

Chorzy tego rodzaju doznają niekiedy obłędu, złudzeń i urojeń umysłowych, niektórzy są weseli, inni znowu smutni, mają najrozmaitsze zachcianki i popędy chorobowe. Umysł ich jest zawsze biernym i zupełnie pozbawionym wolnej woli; powrót do zdrowia niemożebnym.

Takie osłabienie umysłowe, występuje w różnych postaciach i jest zależnem od poprzedniego rodzaju zadumy. Tak n. p. z *Melancholia passiva*, rozwija się przeważnie *Melancholia apatica;* z *Melancholia activa*, rozwija się znowu obłęd melancholiczny a z *Melancholia cum stupore*— apatyczne niedołęstwo umysłowe, które należy odróżnić od tego, jakie pochodzi z nierozwinięcia się już od dzieciństwa władz umysłowych, jako następstwo najrozmaitszych wad organicznych, tak często spotykanych u idiotów, kretynów, karłaków i t. p.

4. Śmierć, zdarzająca, się u chorych na zadumę, występuje przeważnie w okresie obłędu lub w okresie zniedołężnienia umysłowego i to zazwyczaj jako

a) następstwo choroby pierwotnej, która stała się powodem wystąpienia zadumy, a zatem z zapalenia narządów jamy brzucha, ropienia wątroby, zapalenia osierdzia, gruźlicy i t. p., a które rozwijały się szybciej aniżeli zaduma;

b) z powodu rozmaitych zmian organicznych układu nerwowego, które to zmiany były silniejsze i znaczniejsze, aniżeli można się było domyślać z poszczególnych objawów;

c) z powodu samobójstwa, popełnionego przez chorych w chwili obłędu, lub z powodu różnych przykrych uczuć, jakich chorzy tacy doznają.

Tutaj uwzględnić należy, że niekiedy samobójstwo z góry jest obmyślanem, niekiedy zaś wykonanem bez poprzedniego obmyślenia, jedynie w nadarzonej sposo-

bności, przyczem najwięcej pociągu do samobójstwa mają chorzy tacy, u których przychodzi do pozornego wyzdrowienia i lekkiej poprawy, którzy domagają się ustawicznie uwolnienia z zakładu, lub też cierpiący na różne choroby narządów płciowych i moczowych;

d) z powodu rozmaitych obrażeń, jakie chorzy zadają sobie w chwili porywu melancholicznego;

e) z wyczerpania sił, które jest zazwyczaj następstwem długo się utrzymującego szaleństwa. Chorzy tacy zazwyczaj na krótki czas przed śmiercią uspokajają się względnie a nawet kładą się do łóżka, niedługo jednak przychodzi do drgawek i śmierci;

f) z powodu powolnego zmniejszania się sił i ogólnej inanicyi, jako następstwo uporu w przyjmowaniu pokarmów, lub z powodu zadławienia się podczas jedzenia, zwłaszcza wtenczas, jeśli przyszło do porażenia głośni.

ANATOMIA PATOLOGICZNA.

W przypadkach zadumy, która niezbyt długo trwała, nie spotykamy zazwyczaj żadnych zmian w mózgu i oponach mózgowych, albo zmiany te są wcale nieznaczne i dotychczas znanemi nauce sposobami badania, nie dające się oznaczyć.

Jeżeli zaduma trwała długo, lub była połączoną z zniedołężnieniem umysłowem, to bardzo często spotykamy nieprzeźroczystość opony pajęczej, przepełnienie krwią opony naczyniowej i niekiedy dość znaczną ilość nagromadzonego płynu surowiczego pomiędzy oponami mózgowymi lub infiltracyę istoty mózgowej. U chorych, zmarłych na *Melancholia cum stupore*, wprawdzie spotykamy prawie że bez wyjątku znaczne obrzmienie opon mózgowych i mózgu, pewna część z tego jest jednak jedynie wyrazem stanu mózgu z ostatnich dni choroby lub konania.

Schröder van der Kalk, odnosi zaburzenie me-

lancholiczne do biernego napływu krwi do mózgu i to szczególniej płatów tylnych.

Meynert, uważa go jako stan mózgowego wyczerpania, w którym niedostateczna ilość krwi tętniczej zostaje do mózgu doprowadzoną i skutkiem tego nastaje czynnościowe wyczerpanie takowego.

Daleko częściej aniżeli w mózgu, spotykamy zmiany patologiczne w narządach innych a zwłaszcza brzucha i klatki piersiowej, jak n. p. przepełnienie krwią żyły bramnej, stłuszczenie wątroby, nabrzmienie śledziony, różne zmiany patologiczne w nerkach, objawy zapalenia otrzewnej, zmiany patologiczne w ułożeniu kiszki okrężnej, rozszerzenie prawej komórki serca w połączeniu ze zgrubieniem ścian a zgorzel płuc u chorych, którzy nie chcieli dobrowolnie przyjmować pokarmów.

OBJAWY.

Objawy zadumy należy podzielić na dwa działy, to jest, na objawy odnoszące się do zaburzeń czynności duchowych i cielesnych.

Zaburzenia duchowe.

Prawie w $^3/_4$ przypadkach zadumy, występują liczne złudzenia, urojenia zmysłowe i przywidzenia. Do najczęstszych należą urojenia ze sfery wzroku i słuchu. Chorzy widzą obok siebie osoby znajome, w rzeczywistości znajdujące się bardzo daleko lub nawet zmarłe przed laty, słyszą ich głos i różne nieraz napomnienia lub nawet wyrzuty, przepowiednie, zwłaszcza jeźli mają urojenia stojących przed nimi świętych lub szatanów; słyszą głosy w sobie, jak w głowie, brzuchu lub piersiach i t. p.

Niekiedy zamiast osób, występują złudzenia różnych przedmiotów a zwłaszcza obrazów.

Do tego przyłączają się złudzenia ze sfery innych zmysłów jak n. p. węchu lub czucia mięśniowego. Złudzenia w nerwach czuciowych, występują pod postacią

mrowienia, chodzenia różnych owadów po ciele lub kłócia szpilkami.

Chorzy doznają uczucia pojedynczych narządów, których w stanie prawidłowym zdrowia nie odczuwamy, jak n. p. serca, wątroby i t. p., lub odczuwają różne w nich zmiany, jak n. p. że kiszka odchodowa jest zamkniętą lub wreszcie, że pojedyncze narządy nie wykonują swoich czynności, mówią jakoby nie mieli tętna i t. p.

W dalszym rozwoju i wzmaganiu się przeróżnych złudzeń, chorzy nie uważają się już nawet za ludzi ale powiadają, że są za karę przemienionymi w różne zwierzęta, że ich płeć jest zmienioną, to jest mężczyźni mniemają, że są kobietami i na odwrót.

Jestto tak zwana *Melancholia metamorphosis.* Niekiedy znowu, chorzy zagłębiają się w marzenia religijne i filozoficzne, opowiadają, że są zgubieni i opuszczeni przez Boga, że skalali jego świętość i t. p. (*Melancholia religiosa*).

Oddziaływanie na wszelkiego rodzaju bodźce psychiczne jest niedostateczne, odpowiadają na zapytania do nich skierowane, które nieraz trzeba im kilkakrotnie powtarzać, nadzwyczaj powoli. Jeżeli nie mówimy do nich ustawicznie, popadają w czasowe milczenie. Często skarżą się, że jest im bardzo ciężko myśleć, że myśli nie mają wcale, że brak im pamięci i innych zmysłów a nieraz, kiedy z nimi rozmawiamy, przerywają bez bliższego powodu wszelką rozmowę i robią sobie różne wyrzuty. Trapiąc się ponuremi i gnębiącemi myślami, opowiadają, że ich nienawidzą i pogardzają nimi, że popełnili niczem innem nie dającą się zatrzeć zbrodnię, jak tylko największymi katuszami. W tej myśli oczekują kary lub więzienia, a najmniejsze już poruszenie w otoczeniu wywołuje u nich myśl, że już zbliżają się ludzie bezpieczeństwa, aby ich zabrać do więzienia i t. p., słyszą ich kroki i szczęk łańcuchów, które są przeznaczone dla ich związania i ubezwładnienia (*Melancholia persecutionis*).

Nie znajdując w sobie nic dobrego, opowiadają, że są oszukańcami drugich, że są opętani przez szatana,

słyszą jego głos i widzą go obok siebie, przemienionego, w kota i t. p. (*Melancholia daemonomaniaca*).

Te i t. p. myśli cisną się im ustawicznie do głowy, trwożą ich, a chorzy nie mogą się ich pozbyć (obsession d'idées). Niekiedy opowiadają znowu, że już nie będą się więcej ludzie rodzić, że niema już żadnych na świecie przedmiotów, budynków i t. p., słowem złudzenia ich są pełne przeczucia (Délire des négations).

W postaciach hypochondrycznych zadumy, odnoszą chorzy stan swój obecny do samogwałtu z lat młodzieńczych lub innej jakiejś słabości, a w pierwszym rzędzie do kiły, rzeżączki i t. p. W razie istniejącej epidemii, sądzą, że są tą chorobą nawiedzeni i skutkiem tego będą niebawem zamknięci i odosobnieni od ludzi. Nie mały wpływ na treść bredzenia wywierają różne nerwice, nerwobóle, znieczulenia lub przeczulice, około których obracają się najrozmaitsze złudzenia chorych.

Czasami, występuje nieprzyjemne uczucie na każdy wyraz posłyszany lub spojrzenie. Uczucie to w miarę zwiększania się nasilenia zadumy, staje się coraz przykrzejszem, w końcu nawet bolesnem, zwłaszcza dlatego, że chorzy nie mając na niego najmniejszego wpływu i poddając się mu, stają się trwożliwymi i nadzwyczaj cierpiącymi.

Uczucia takie, odnoszą się zazwyczaj do pewnych tylko narządów, jak n. p. głowy, piersi, okolicy serca, a rzadko do narządów jamy brzusznej. Występują zaś w nich zawsze, pewne nasilenia i zwolnienia.

Chorzy tacy są niezdolni do zajęć i przesiadują niekiedy całe godziny bez najmniejszego poruszenia się. Gdy ich chcemy zachęcić do jakiejś czynności i wyrwać z próżniactwa, udaje się nam raz łatwiej, to znowu trudniej.

Pozostawieni bez opieki i samym sobie, popadają w bezczynność i nieruchomość, gdyż wszelki ruch nietylko że ich kosztuje wiele trudu i przezwyciężenia, ale nieraz staje się dla nich wprost bolesnym, gdyż brak im chęci i odpowiedniej siły.

Najprzyjemniejsze dla nich są te chwile, kiedy są

sami, pozostawieni samym sobie, a uwidacznia się to najlepiej nieprzezwyciężonym pociągiem i chęcią leżenia w łóżku (Bettsucht).

Ten brak energii, boleść duchowa i smutek malują się w oczach chorego, którego spojrzenie jest znużone, twarz wychudzona i pomarszczona a zwłaszcza na czole, około ust i na skroniach; mięśnie wiotkie, trzymanie się krzywe i bezsilne, zwieszanie rąk, wszelkie ruchy powolne i słabe, głos płaczliwy i nie wolny od jąkania.

Chorzy tacy nie troszczą się o najbliższych, których radość lub smutek stają się dla nich obojętnymi, opuszczają przyjaciół i krewnych, porzucają dawny swój sposób życia i dawne nawyczki, zadania i obowiązki.

W ten sposób coraz więcej ujawnia się u nich egoizm, rozpacz i trwoga, które są znowu zazwyczaj podstawą najróżnorodniejszych czynności, z których najważniejszym jest

1. Samobójstwo, jako następstwo uczucia jakiegoś nieszczęścia, beznadziejnej przyszłości, chęci uchronienia się przed wstydem choroby, będącej następstwem kiły i t. p. i nędzy, z których jedynie śmierć zdoła ich oswobodzić. Niekiedy chorzy przystępują do wykonania samobójstwa po długiem obmyśleniu całego planu i to w najdrobniejszych szczegółach, niekiedy atoli nagle w chwili wzmożonej trwogi lub porywu melancholicznego. Śmierć, zadają nietylko sobie, lecz nawet najbliższym osobom, jak żonie lub dzieciom, by ich również oswobodzić z grożącego im niebezpieczeństwa i nie pozostawić ich na pastwę losu.

U chorych, którzy są otoczeni staranną opieką, nieraz godną jest podziwienia owa chęć, energia, chwytanie się najrozmaitszych środków, które by im mogły do raz postanowionego samobójstwa posłużyć *(Melancholia suicidii)*.

Niekiedy znowu, ujawnia się brak należytej odwagi do wykonania samobójstwa. Wtenczas zazwyczaj starają się zagłodzić i w tym celu nie przyjmują pokarmów lub połykają różne przedmioty, by nimi módz się zadławić; popełniają morderstwa na osobach drugich lub obwiniają

się o takowe, by być zasądzonymi i ukaranymi śmiercią. W niektórych znowu przypadkach, chorym nie chodzi już o odebranie sobie życia, ale o ciężkie

2. obrażenie własnego ciała. W tym celu zadają sobie różne obrażenia lub odcinają n. p. członek, gdyż nim dopuścili się ciężkiego występku i t. p., a wreszcie

3. dopuszczają się różnych gwałtownych czynów, co jest wynikiem gwałtownej trwogi i urojeń (poryw i szał melancholiczny).

Objawy cielesne.

Objawy zadumy występujące ze strony ciała, należy podzielić na dwa działy, a mianowicie, na objawy ze strony układu nerwowego i różnych innych narządów ciała.

Do pierwszych należą różne uczucia chorobowe i nerwobóle, zajęcie głowy, ciężkość, ucisk i palenie, ból karku, międzyżebrzy, ucisk w okolicy nadpępkowej i okolicy sercowej, a daleko już rzadziej w podżebrzach podpępczu.

Dalej zawroty, osłabienie i uczucie znużenia; najrozmaitsze zboczenia w czuciu i nieprawidłowe uczucia na skórze, a szczególniej na miejscach pokrytych włosami na głowie, uczucie dreszczu a bardzo rzadko uczucie choroby, którą największa ilość chorych zaprzecza.

Czucie może być nietylko zmniejszonem, ale nawet zupełnie zniesionem, równie uczucie bólu.

Sen bywa zazwyczaj krótki i ciężki, najrozmaitszymi a niespokojnymi snami przerywany, które są powodem, że nawet mimo nieraz kilkogodzinnego snu, chory nie znalazł w nim pokrzepienia, ale raczej zmęczenie; niekiedy brak go jest zupełnie.

Dość często możemy się spotkać z przejściową lub zmienną nierównością źrenic a z innych objawów, ze szumem w uszach.

Z zaburzeń ruchowych występuje drżenie języka i palców, rzadko drganie włókienkowe pojedynczych mięśni a wzmagające się aż do kurczów klonicznych. Często w takich przypadkach, można wywołać tetaniczne napięcie

mięśni przy usiłowanem wykonaniu ruchów biernych. Objaw ten, jakkolwiek występuje już niekiedy przy prostych i lekkich bodźcach czuciowych skóry i przy wszystkich formach zadumy, to przecież najwybitniej w *Melancholia cum stupore*, gdzie powoli z jednego miejsca rozszerza się na cały układ mięśniowy dowolny, występując czasem, jako t. zw. stężenie kataleptyczne.

Powoli występują objawy osłabienia serca a równocześnie prawie wzmożona drażliwość układu naczyniowego, czynność serca jest stale przyśpieszoną, również ilość tętna powiększona lub niekiedy zmniejszona, chociaż w przeważnej ilości przypadków, odpowiednio do podupadłego odżywienia jest ono powolne i małe. Serce nie przedstawia nic szczególnego.

Ciepłota pod pachą mierzona, waha między 36·0^{0} a 37·1^{0}, a Mendel spostrzegał nawet tak zwany *Typus inversus*, gdzie ciepłota wieczorna była niższą o 0·2—0·5^{0} aniżeli ranna.

Oddech jest powierzchowny i powolny, szmery oddechowe przy osłuchiwaniu zaledwie dosłyszalne. Przy *Melancholia activa*, występuje niekiedy oddech kurczowy, głęboki i chwilowo przyśpieszony. Liczba oddechów w stosunku do ilości tętna obniżona, co najwybitniej występuje w ciężkich przypadkach *Melancholia passiva* i *Melancholia attonita*, gdzie ilość oddechów przy prawidłowem tętnie jest poniżej normy i gdzie nawet mimo wzmożonej ilości tętna, niema odpowiedniego wzmożenia ilości oddechów.

Z tych okoliczności wyprowadza Marcé wniosek, że tutaj następuje zmniejszenie w utlenieniu krwi. W ten sposób, stara się objaśnić często występujące w takich przypadkach obrzmienie twarzy i niebieskawe na niej plamy, podobne zachowanie się rąk i nóg, zimne kończyny i zimną skórę, skłonność do opuchliny na rękach i nogach, a wreszcie zmniejszenie ciepłoty samej skóry.

Z objawów innych, najważniejsze są objawy ze strony narządów trawienia. Występują one najpierw jako zwykły jadłowstręt lub jako właściwe zaburzenie w postaci *ca-*

tharrhus gastro-intestinalis acutus vel chronicus lub wprost jako niestrawność nerwowa. Apetyt chorych zmniejsza się coraz więcej, często uciekać się musimy do żywienia chorych sondą, chociaż i tutaj jeszcze mamy wiele trudności do przełamania, często bowiem, przy pomocy tłoczni brzusznej oddają napowrót sondą wlane pokarmy.

Ogólny wstręt do pokarmów polega w przeważnej ilości przypadków, na najrozmaitszych urojeniaah, jak n. p. zatruciu lub chęci zagłodzenia się, lub też z powodu tego, że chorzy widzą w podawanych sobie pokarmach części ciała najbliższych sobie osób, dalej z obawy, by przyjęciem pokarmów nie spowodować zaparcia stolca, lub w końcu tłomaczą się tem, że narządy ciała są tak przepełnione, że nic się już do nich nie zmieści.

Następstwem tego jest, że powoli występuje coraz to większy upadek w odżywieniu, wytwarza się stan anemiczny, nastaje utrata siły cielesnej, a u kobiet w odpowiednim wieku przychodzi jeszcze zazwyczaj do zaburzeń w regularności, lub spotykamy zmiany w narządach płciowych, które mogą być powodem zaburzenia melancholicznego.

Do stałych objawów, należą również zmniejszanie się wydzielin, tak skóry jak błon śluzowych i różnych gruczołów. U chorych spotykamy się dość często ze skórą suchą i bez połysku, z brakiem wydzielania się łez, ze zmniejszeniem ilości moczu, którego ciężar gatunkowy jest zazwyczaj zwiększony.

Z różnych hypotez, jakie różni autorowie stawiają celem wytłomaczenia sposobu powstawania poszczególnych objawów zadumy, najwięcej zasługuje na uwagę hypoteza popierana przez Meynert'a a którą Laskiewicz-Friedensfeld tak opisuje:

»Kora mózgowa, przeważnie płatów czołowych, oprócz działania na nerwy ruchowe, na kojarzenie myśli, działa także hamująco na ośrodek naczynioruchowy, na ośrodki zmysłowe i podkorowe; działania te trzymają między sobą niejako równowagę. Jeśli czynność psychiczna zwojów tej

części kory mózgowej, jak n. p. przy natężonej pracy umysłowej, wzrasta, wtenczas powiększa się także i hamujący wpływ tej części mózgu na ośrodek naczynioruchowy, ponieważ, jak wiadomo, czynność zwojów korowych, polega na wzajemnem działaniu komórek nerwowych, połączonych między sobą łukowatemi włóknami nerwowemi (Associationsfasern), jakoteż i na zmianie istoty komórkowej przez wpływ na nich bodźców obwodowych, czuciowych i zmysłowych, wreszcie i na działaniu owych komórek na inne ośrodki i włókna nerwowe. Skoro przewodnictwo włókien nerwowych, promienistych i łukowatych kóry mózgowej jest ułatwione, a działalność osobników nerwowych tejże wzrasta, następuje także i silne działanie hamujące na ośrodek naczynioruchowy; kurcz naczyń zwalnia się, gdyż wpływ tego ostatniego ośrodka na mięśnie ich ścianek coraz bardziej się zmniejsza; w rozszerzonych tętnicach kory krąży w ciągu pewnego czasu więcej krwi utlenionej; odżywienie pierwiastków kory coraz bardziej i szybciej się podnosi (jak niektórzy sądzą, wskutek powiększonej atrakcyi silnie działających komórek mózgowych do tlenu); naczynia coraz więcej się rozszerzają, być może, wskutek drażnienia nerwów rozszerzających naczynia; przy coraz bardziej postępującem rozszerzeniu naczyń jednak utlenienie kory mózgowej coraz bardziej się wzmaga; wkrótce ustaje równowaga; nagromadzają się połączenia chemiczne ozonowe (Pflüger), których działanie na komórki nerwowe staje się szkodliwem; komórki zostają nad miarę rozdrażnione (intoxicatorische Reizung); człowiek nie może zastanowić się nad jednym przedmiotem, lecz co chwila nastręczają mu się nowe myśli, nowe plany; chory jest ożywiony, niespokojny; ruchy jego są przyśpieszone; dużo mówi, śpiewa, wrzeszczy; ma obłąd wielkości, innych oskarża, prześladuje i bywa niekiedy gwałtownym; intryguje, robi psoty, żarty; rozrzuca pieniądze, psuje przedmioty, łaje innych. Stan taki chorobowy, nazywamy szaleństwem (mania). — W melancholii, jak już wspomnieliśmy, musimy przypuścić zmniejszanie psy-

chicznego działania kory przednich płatów mózgowych, wywołanych przez różne ogólne lub miejscowe cierpienia, między innemi nawet przez zmianę w czynności samej kory; niedokrewność, przez utratę soków odżywczych, n. p. krwi po połogu; różnego rodzaju, ciężkie, gorączkowe cierpienia mogą doprowadzić do melancholii lub też usposobić organizm do jej wybuchu. Choroba ta psychiczna jednak powstać może i u człowieka prawie całkiem przedtem zdrowego, wskutek psychicznych przyczyn i działań, tem łatwiej, jeżeli chory jest usposobiony do cierpienia mózgowego przez dziedziczność, lub wskutek różnych innych cierpień psychicznych albo mózgowych nabytych. Większa część psychiatrów (w ostatnim czasie najenergiczniej Tigges, Naturforscher-Versammlung 1877. Nürnberg), zacząwszy od ojca psychiatrów Esquirol'a, kładą szczególnie przy rozpoznawaniu prawdziwej, szczerej melancholii nacisk na pierwotne smutne, tęskne, przykre, płaczliwe usposobienie, chorobę wyprzedzające. Podczas gdy obłąkani, coraz bardziej rozwijają swe urojenia (wielkodumne i prześladowcze), łącząc z nimi najbliższe nadzieje co do przyszłości, pracują i najczęściej zresztą inteligencyi swej nie tracą, melancholika przygnębiają, dręczą i prześladują przykre i tęskne jego myśli, pod których ciężarem traci możebność zastanawiania się nad innemi przedmiotami; chory unika wszelkich ruchów, jakby bojąc się; nie czyta, nie pracuje, nie rozmawia; każdy ruch, choćby najmniejszy, którego pracą nazwać nie można, jak n. p. mowa lub jedzenie, jest dla chorego nadzwyczaj uciążliwe. W mózgu takich chorych, jak uczą kliniczne spostrzeżenia, spowinowacenie wyobrażeń znacznie jest zmniejszone. Afekty, namiętności są zmniejszone lub znikły; świat, ludzie i przedmioty ich otaczające całkiem inaczej na nich działają; inteligentni dotąd chorzy podają niekiedy, że słyszą, widzą całkiem inaczej, są nieuważni, obojętni, nieczuli; żona n. p. już nie tak kocha męża jak dotąd, nie ma serca dla dzieci, sądząc, że na miłość nie zasługuje, że nie dobrą jest matką lub żoną; nie może się modlić, bo Bóg nie

przebaczy wielkich grzechów i przestępstw; bogaty melancholik jest w obawie, że wkrótce straci wszystko lub sądzi, że jest bardzo biednym. Najbardziej przytłumioną jest gromada, ściśle między sobą połączonych pojęć i wyobrażeń, które przedstawiają u każdego uczucie swej jaśni (Ichgefühl); stąd pochodzi samooskarżanie się i przyznanie swej nicości (obłąd małości); chory z siebie samego niezadowolony, brzydzi się i nienawidzi siebie; sądzi, że jest głupim, brzydkim, zbrodniarzem i t. p., przeto stara się usunąć siebie ze świata, staje się samobójcą. Przewodnictwo elektryczne przez nerwy jest u melancholików znacznie zmniejszonem, bardzo powolnem; wskutek powolnego i zmniejszonego przewodnictwa ujemnego chwiania się prądu elektrycznego (elektronegative Schwankung), zmniejsza się hamująca czynność kory płatów czołowych na ośrodki zmysłowe (powstają więc omamy) i naczynioruchowe; ośrodek naczynioruchowy zaczyna mocniej działać, następuje kurcz tętnic i niedokrewność kory, który znów podtrzymuje stan jej chorobowy, który działa w tenże sposób na ośrodek naczynioruchowy; chory taki znajduje in circulo vitioso. Od kurczu tętniczek korowych, zależą u melancholików różnego rodzaju przykre uczucia: ból głowy, uczucie ucisku, ścieśnienia, uczucie próżni w czaszce; uczucie jednak tęsknoty, niezadowolenie nie mogą zależeć od owych ogólnych uczuć, lecz są zawisłe od upośledzenia czynności kory przednich płatów, wskutek niedokrwistości, być może w połączeniu z nagromadzeniem we krwi kwasu węglowego. Niezupełnie utleniona krew, jak n. p. w różnych chorobach płuc, może między innemi stać się również przyczyną powstania melancholii u osób do tej choroby skłonnych; w gruźlicy płuc przewlekłej melancholia jest dość częstą; może odgrywa tu rolę zadraźnienie gałązek nerwu błędnego, które przejść może w ośrodek naczynioruchowy«.

ODMIANY ZADUMY.

Prawie wszyscy psyhiatrzy, zgadzają się na ogólny obraz zadumy, w podziale jednak jej na różne odmiany, znachodzimy u poszczególnych autorów, znaczne różnice. Najodrębniejszy podział podaje Mendel, odróżniając zboczenia patologiczne, znachodzące się w sferze uczucia i stojące w związku z wyobrażeniami, mającymi początek w wrażeniach zmysłowych. Przypadki tutaj należące, zalicza do *Melancholia hypochondriaca* i zboczenia patologiczne, które stoją w związku z wyobrażeniami ze sfery estetyki, moralności i religii — *Melancholia intellectualis*. Przypadki, gdzie uczucie ulega zboczeniu w obu kierunkach, zalicza do *Melancholia generalis* (zaduma ogólna), której odmianą jest *Melancholia cum stupore* vel *attonita* (zaduma z otępieniem).

Do odmian zadumy, które znajdują najlepsze uzasadnienie w codziennej obserwacyi klinicznej, należą:

1. *Lypémanie raisonnante* (Esquirol), *Melancholia sine delirio* (Etmüller), *Phrenalgia sine delirio* (Guislain).

Jestto, tak zwana, pozorna forma zadumy, której objawy odpowiadają pierwszemu okresowi choroby, nie przechodząc nigdy do okresu drugiego. Przez cały przeciąg czasu trwania choroby, występują zboczenia jedynie lub przeważnie w sferze uczucia. Przygnębienie nie jest nigdy bardzo znacznego stopnia. Nie ma tutaj również urojeń, a mimo nadzwyczaj powolnych czynności, jest nienaruszoną inteligencya chorego.

Chorzy. jakkolwiek są świadomi o swojem położeniu, to przecież brak im dostatecznej siły, by się z niego wydostać; tam zaś, gdzie siły jeszcze jest nieco i mogą się powstrzymać od skarg i narzekań, przychodzi po pewnym czasie do całego wybuchu porywu melancholicznego, co jest bardzo ważnem w medycynie sądowej *(Amentia occulta)*, gdyż chorzy tacy wykonując jakiś karygodny czyn, wydają się otoczeniu zupełnie normalnymi i zdrowymi.

Niekiedy chorzy zajmują się jedynie własnem ciałem. Wtenczas przeważają objawy hypochondryi, które atoli znacznie różnią się od prawdziwej postaci choroby tej nazwy, samooskarżaniem się o samogwałt lub inne przewinienia, brakiem należytej energii i niezdolności do pracy.

2. *Melancholia cum stupore* vel *attonita*. Jestto daleko cięższy stopień zadumy, odznaczającej się nadzwyczajnym spokojem i brakiem jakichkolwiek ruchów; gdzie występuje pewien rodzaj odtrętwienia lub osłupienia czasowego a ruchy, jakie udaje się nam czasem wymódz na chorym, są ciężkie, trudne i powolne. W układzie mięśniowym, występuje wiotkość i zwątlenie. Chorzy, w raz nadanym sobie, nieraz bardzo niewygodnem położeniu, są w stanie przetrwać całe godziny — *flexibilitas cerea*. Nie wiedzą, co się naokoło nich dzieje, nie są zdolni myśleć ani działać. Czułość jest albo zmienioną, albo zupełnie przytępioną; nie są zdolni pożywić się, ubrać lub rozebrać i trzeba pamiętać o nich jak o dziecku, dbać o czystość i t. p.

Niemożność wykonywania poszczególnych ruchów, rozciąga się nietylko na mięśnie powierzchowne ciała ale i na mięśnie mowy. W jednem miejscu przesiadują całemi godzinami a czasem tylko wzdychają. Spojrzenie ich jest ciężkiem, a spoglądają zazwyczaj w jedno miejsce, od którego trudno im oczy odwrócić

W niektórych przypadkach zadumy z otępieniem, spotykamy się z układem mięśniowym napiętym, niekiedy o cechach kurczowych. Przypadki takie zalicza Kahlbaum do zupełnie odmiennej postaci a opisanej przez niego pod nazwą *Katatonii*, o której powiada, że jest chorobą mózgową z przebiegiem cyklicznym, przemiennym, który przedstawia szereg obrazów właściwych zadumie, manii, otępieniu, nieładowi umysłu (Verwirtheit) i zniedołężnieniu umysłowemu, gdzie może wprawdzie zbywać na różnych objawach poszczególnych, ale nie brak nigdy objawów o charakterze kurczowym w sferze ruchowej układu nerwowego, które mają być swoistymi dla Katatonii.

Zapatrywania Kahlbaum'a, nie podzielają inni psychiatrzy i nie przyznają Katatonii znaczenia samodzielnej choroby a Maitre, wypowiada otwarcie, że Katatonii jako oddzielnej choroby nie ma, że cechy jej są jedynie obrazem otępienia a naprężenie w układzie mięśniowym, jest stanem kataleptycznym, spotykanym w różnych chorobach umysłowych.

3. *Melancholia periodica*, gdzie choroba występuje w ciągu pewnego tylko czasu, zazwyczaj z obrazem typowej zadumy lub tylko jako *Melancholia sine delirio.* Napady pojedyncze są słabe: niekiedy z silną trwogą połączone i przechodzą nagle w szaleństwo.

Czas występowania, jest przeważnie nieregularnym. Wyjątkowo tylko, występuje w określonym czasie jak np. w przypadku Smeth'a, gdzie zaduma występowała tego samego dnia co miesiąc i trwała od 4 do 5 dni. W czasie wolnym od zadumy, spotykamy się obok pewnej drażliwości z osłabieniem psychicznem, co się ujawnia nieprawidłowemi czynnościami, brakiem odpowiedniej energii lub wreszcie osłabieniem pamięci.

4. *Melancholia transitoria.* Pod tą postacią opisują niektórzy autorowie te przypadki zboczenia umysłowego, które ze względu na treść w bredzeniu i urojeniach, tudzież na charakterystyczne występowanie przygnębienia i trwożliwości, nie dadzą się podporządkować pod obraz: Mania transitoria. Trudno atoli uwierzyć, by zaduma mogła występować u człowieka zupełnie zresztą zdrowego i po kilkunastu minutach, lub co najwyżej w kilku godzinach w zupełności znikać. Tego rodzaju opisywane przypadki, należy zaliczyć w części do napadów epileptycznych, w części histerycznych lub do ostrych zboczeń umysłowych w następstwie różnych zatruć, jak alkoholem i t. p. lub wreszcie do bredzeń gorączkowych, występujących u osób bardzo nerwowych, u których już przy małem podniesieniu ciepłoty, występują różne bredzenia.

5. *Melancholia hereditaria vel degenerativa.* Tutaj należą te przypadki, w rozwoju których znaczną rolę od-

grywa dziedziczność, zwłaszcza dziedziczność podwójna i to przeważnie, u osób z oznakami wyrodzenia fizycznego i umysłowego.

Nigdy zaduma nie przechodzi atoli drogą spadkobierstwa z potomka na potomka, ale zazwyczaj występuje niestałość w objawach. Rozwój choroby jest raz prędki, to znowu powolny; przygnębienie występuje równocześnie z samoponiżeniem i różnymi innymi urojeniami, które mogą być niestosonkowo znaczne w porównaniu z nieznacznem tylko przygnębieniem i odwrotnie.

Stan otępienia, może pojawić się już od samego początku choroby a nie jak zwykle w okresie pełnego rozwoju zadumy. Napady znaczniejszego podniecenia lub szaleństwa, występują jedynie skutkiem przyrody samej choroby i niezależnie od przyczyn, opisanych w poprzednich postaciach zadumy.

Wyzdrowienie nie jest tutaj wprawdzie wykluczonem, w przeważnej atoli ilości przypadków, przychodzi pomału do zniedołężnienia umysłowego.

ROZPOZNANIE.

Rozpoznanie zadumy niekiedy jest bardzo łatwem, niekiedy zaś potrzeba dłuższego czasu, zanim można wykazać różne urojenia, trwogę i t. p. objawy. Zawsze atoli należy podejrzywać zadumę w tych przypadkach, gdzie uderzającem jest zaniedbywanie się w ubraniu, obowiązkach zawodowych i tyczących się osób najbliższych, gdzie występuje czasowe bolesne przygnębienie i długie jego trwanie, nieprawidłowe oddziaływanie na wpływy duchowe i różne objawy poza urojeniami, których stwierdzenie jest najtrudniejszem w *Melancholia cum stupore.*

Wykazanie, że chory bez uzasadnionej przyczyny posmutniał i podlega różnym niedorzecznym omamom, nie wystarcza jeszcze do rozpoznania zadumy. Należy jeszcze wykazać, że pod względem neuropatologicznym, nie znajdajemy zmian, któreby się sprzeciwiały rozpozna-

niu i przemawiały za organicznem cierpieniem mózgu. Również należy uwzględnić rozpoznanie różniczkowe, między bolesnem przygnębieniem fizyologicznem a patologicznem, jak niemniej między zadumą występującą u paralityków a różnymi stanami przejściowymi: Dementia senilis. Do tego służą: brak psychicznych objawów słabości i zaburzenia świadomości, tudzież brak objawów motorycznych podrażnienia i osłabienia.

W odróżnieniu zadumy od melancholicznej postaci »delirium acutum«, upewnia nas brak zaburzenia świadomości, gorączki i objawów wysokiego osłabienia cielesnego.

W *Melancholia cum stupore*, należy uważać, by jej nie pomylić z *Dementia acuta* i najrozmaitszymi objawowymi zadumy, jak alkocholicznej, epileptycznej, traumatycznej, hysterycznej, toxycznej i t. p., tudzież zadumy polegajacej na organicznych chorobach mózgu.

Ważną rolę w rozpoznaniu, odgrywa treść poszczególnych urojeń chorego i zboczenia umysłowe, z którymi możnaby zadumę pomieniać, a do których w pierwszym rzędzie należą:

1. Objawy występujące w pierwszych początkach rozwoju różnych chorób organicznych mózgu, a szczególniej przy Paralysis progressiva, gdzie pewne rozpoznanie jest niekiedy bardzo trudnem.

W tego rodzaju przypadkach, należy uważać na czas rozwinięcia się osłabienia duchowego, istnienie różnych melancholicznych urojeń, różne objawy porażenne jak zaburzenia mowy, zachowanie się źrenic i odruchów ścięgnistych, napady zawrotów i t. p. cechy charakterystyczne dla organicznych zmian układu nerwowego.

2. Odróżnienie zadumy zwłaszcza hypohondrycznej, od istniejących innych chorób, jak np. dur i t. p. nie przedstawia już takich trudności, tutaj bowiem dokładne badanie, mierzenie ciepłoty i inne objawy, nie dopuszczają tak łatwo pomyłki.

3. Udawania. Te nadzwyczaj łatwo możemy odkryć,

poddając chorych ścisłej obserwacyi i to najlepiej w odpowiednim zakładzie. Do tego służą nam z jednej strony listy chorych do osób znajomych, dalej rozmowy ich, zwłaszcza ze służącymi zakładu a wreszcie wyśledzenie tajemnego jedzenia lub przekupowania służby, celem dostarczenia im pokarmów, których jawnie jeść nie chcą.

4· Mania. Odróżnienie zadumy od manii w napadzie szaleństwa jest ważnem, w obu bowiem przypadkach przy powierzchownem badaniu i obserwacyi, spotykamy te same objawy. W przebiegu zadumy przeważa jednak trwoga, idea prześladowcza i trwożliwe urojenia; w manii, parcie do wykonywania najrozmaitszych ruchów, uczucie nadmiernej siły i opór ze strony chorych.

5. Paranoia. Chorzy uskarżają się wprawdzie na nieprzyjaciół i prześladowców, jednocześnie atoli utrzymują, że prześladowania te nie są niczem uzasadnione i są niesłuszne. Obok tego, istnieją i inne jeszcze idee, jak wielkości. W ten sposób powstają bredzenia mięszane. Samowiedza chorych, jest jasną a tracą tylko zdolność krytyki znaczenia rzeczy widzianych lub własnych myśli. Pamięć, pozostaje u nich bardzo dobrą.

U chorych z zadumą, istnieją wprawdzie podobne skargi i samoponiżenia, ale tło ich jest zwykle przygnębiające. Chorzy, uważają je za uzasadnione, jako następstwo popełnionych przez siebie czynów lub występków.

6. Dementia. Dla odróżnienia jej od *Melancholia cum stupore* vel *M. attonita*, służy ta okoliczność, że Dementia powstaje bardzo powoli. Szybko występujące wychudzenie i wyniszczenie, wzbranianie się od przyjmowania pokarmów, usiłowane samobójstwo i t. p., występują nadzwyczaj rzadko.

W przebiegu Dementia acuta, jest rozpoznanie i odróżnienie od *Melancholia cum stupore*, nieco trudniejsze. Zupełnie pewni rozpoznania jesteśmy zazwyczaj dopiero w rekonwalescencyi, gdzie chorzy słabo nadzwyczaj przypominają sobie dawny stan choroby i powiadają, że nic

nie czuli, podczas gdy chorzy z zadumą, opowiadają o znacznem cierpieniu, jakiego doznawali w czasie choroby.

ROKOWANIE.

Najpomyślniejszem jest rokowanie w tych przypadkach, w których zaduma powstała nagle, po silnem wzruszeniu umysłu, gdzie nie ma połączenia z innemi chorobami umysłowymi, u ludzi młodych i nie schorowanych, gdzie nie ma nieuleczalnych zmian organicznych, gdyż wtenczas przychodzi bardzo łatwo do nawrotów, lub powstaje zaduma przewlekła albo zaduma przemienia się w postać peryodyczną, lub przechodzi w okres nieuleczalny.

Wyzdrowienie następuje zwykle w 50%—65%; nawroty w 26%—35% i przeważnie u chorych z usposobieniem melancholicznem lub o podstawie gruźliczej, gdzie rozwija się bardzo często *Melancholia periodica*, która pod względem rokowania jest najgorszą postacią zadumy.

Pogarsza rokowanie organizm słaby umysłowo, niewykształcony i ograniczony, wystąpienie różnych powikłań, jak np. hypochondryi i t. p.

Melancholia passiva i *activa*, ustępują zwykle po kilku lub kilkunastu miesiącach, co przy Mel. cum stupore, jest nadzwyczaj rzadkim.

Rokowanie, jest zawsze najpomyślniejsze w tych przypadkach, gdzie występują objawy urojeń, najgorsze tam, gdzie obok innych objawów mamy idee prześladowcze a wedle Esquirol'a, rokowanie jest najlepsze w tych przypadkach, gdzie chorzy sami siebie oskarżają a gorsze, gdzie skarżą się na innych.

LECZENIE.

W leczeniu zadumy pamiętać należy, że celem naszym, nie jest leczenie samej zadumy jako choroby, gdyż na to nie mamy odpowiedniego środka, ale że mamy leczyć ogólny stan chorobowy. Dlatego w pierwszym rzędzie

należy się starać o usunięcie tych przyczyn, jakie wywołały stan patologiczny a potem dopiero pokonać te zmiany chorobowe w organizmie, które albo wywołały zadumę, albo jej towarzyszą.

W tym celu należy się starać o usunięcie wszelkich podrażnień, które spowodowały stan chorobowy, potem dać choremu to, co prowadzi do opanowania obecnego podrażnienia i wyniszczenia, zatem konieczny spokój duchowy i cielesny.

Około tych wskazań wije się rozstrzygnięcie, czy chory ma pozostać w domu i tutaj być leczony, czyli należy go oddać do odpowiednego zakładu. Również należy uwzględnić stan, w jakim się chory znajduje i otoczenie, czy ono jest w stanie dać choremu odpowiedną opiekę, czy jej jesteśmy pewni, czy u chorego istnieje wstręt do życia, znaczna trwoga i chęć do samobójstwa lub obrażeń ciała.

Uwzględnienie tych okoliczności, jest pierwszym warunkiem pomyślnego przebiegu choroby i leczenia.

Jeżeli choremu nie możemy zabezpieczyć odpowiednej opieki domowej i spotykamy się z okolicznościami, niedozwalającemi korzystnego leczenia chorego w domu, stanowczo obstawać winniśmy przy oddaniu chorego do odpowiednego zakładu, nie zważając przytem na prośby i uprzedzenia rodziny do zakładu, ta bowiem nie jest w stanie ocenić złych skutkow leczenia chorego w domu, gdzie brak nieraz stosownego urządzenia i należytego wykonywania poleceń lekarza, jest wielką przeszkodą w osiągnięciu dobrego wyniku z leczenia.

Jeżeli mamy wszelkie warunki i gwarancyę dobrej opieki, brak objawów samobójstwa, trwogi i t. p., możemy się zdecydować na leczenie w domu. Wtenczas pierwszym naszym krokiem powinno być usunięcie od chorego wszelkich przyczyn, sprowadzających podrażnienie, które jest powodem choroby; dać choremu odpowiedni spokój w cichym i miłym higienicznym pokoju, na parterze lub dobrze zaopatrzonym piętrze i zapewnić trwałą opiekę, tak we dnie jak i w nocy.

Gdzie stan odżywienia chorego i siły dozwalają, należy go ułożyć w łóżku na dłuższy lub krótszy czas, zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie chorego trudno uspokoić. Niekiedy, można dozwolić na przechadzkę poza domem, zawsze atoli w miłem i uprzejmem dla chorego towarzystwie, któreby działało na umysł chorego, łagodnie i uspokajająco.

W dalszym ciągu, dbać powinniśmy o dobre odżywienie chorego i wzmocnienie jego sił. Zwykle jednak, spotykamy się z odciąganiem się chorego od jedzenia, czego powodem są najrozmaitsze urojenia, jak pełności lub zaburzenia żołądka, zatrucia potraw i t. p. Dlatego stosownie do poszczególnych objawów, należy działać psychicznie, leczniczo i dietetycznie. Wypełnić zaś to możemy napomnieniem chorego, dobrym przykładem, poleceniem czyszczenia ust wodą do płukania i leczeniem (gdy są) odpowiednich zaburzeń żołądka i jelit.

Pokarmy podawać należy takie, jakie chory lubi, pożywne, łatwe do strawienia i nie drażniące układu naczyniowego, często i w małej ilości; jeżeli chory sam jeść nie chce, podawać łyżeczką lub w odpowiednich do tego naczyniach, przyczem uważać i być bardzo ostrożnym, albowiem z powodu oporu, może przyjść bardzo łatwo do zadławienia a tem samem do wyrządzenia choremu więcej szkody, aniżeli pożytku.

Jeżeli łagodne środki nic nie pomagają a chory stanowczo nie chce przyjmować pokarmów, należy w stosownej chwili zastosować sondę i to najlepiej średniej grubości. Niekiedy dobre wyniki daje metoda Weir-Mitschell'a, gdzie ogólnem mięsieniem i elektryzowaniem, można znacznie zwiększyć apetyt i skłonić chorego do chętniejszego przyjmowania pokarmów.

Nie mniej ważnem jest zwrócenie uwagi na sen chorego, przyczem do środków nasennych uciekać się jedynie w ostateczności t. j. wtenczas, gdy wszelkie inne zabiegi okażą się bezskutecznymi. Tutaj należy Paraldehyd, Sulfonal, Kali bromatum, i wiele innych, których atoli nie należy długo podawać; dalej przetwory makowca, chloral

i t. p. Jeśli chory środków tych brać nie chce, wstrzykiwać je należy podskórnie lub nawet podawać w lewatywie.

W celu uśmierzenia nadmiernej wrażliwości układu nerwowego, przekrwienia różnych narządów i zwalczania najrozmaitszych zaburzeń ze strony układu krwionośnego, należy stosować owijania Priessnitz'a i kąpiele, które chorzy zazwyczaj bardzo dobrze znoszą.

Z kąpieli, ciepłe należą bezsprzecznie do najlepszych a zarazem do najłagodniejszych środków usuwających nadmierną wrażliwość układu nerwowego w zadumie a zwłaszcza tam, gdzie choroba nie trwa jeszcze zbyt długo, u osób młodych, gdy mamy do czynienia z wyrzutami na skórze, lub zatrzymaniem regularności u kobiet, gdy chorzy są umęczeni bezsennością, niespokojnością, krzykiem, napadami szaleństwa i t. p. Najlepszy skutek wywierają kąpiele ciepłe o 28^{0} R. i to zawsze pod wieczór; z początku codziennie, potem co drugi lub trzeci dzień. Czas kąpieli zależy od stanu chorego i stopnia rozdrażnienia. Im chory jest więcej rozdrażniony, tem dłużej powinien zostawać w kąpieli ciepłej i to od $^{1}/_{2}$ lub $^{1}/_{4}$, do kilku nawet godzin. Uważać atoli należy, by chory się nie przeziębił, zwłaszcza przy wychodzeniu z kąpieli.

Przeciwskazaniem do kąpieli, jest podeszły wiek chorego, wyniszczenia i niedokrwistości, małe tętno i długie trwanie choroby, która zaczyna przechodzić już w zniedołężnienie umysłu; gdzie wyobrażenia chorego mieszają się a władza rozpoznawania zaczyna słabnąć. jeżeli się pokazują różne przypadłości porażenne lub padaczkowe; jeżeli chory jest senny i osłabiony.

Z napojów, możemy chorym pozwolić bez najmniejszej obawy na nieznaczną ilość dobrego piwa a stosownie do okoliczności nawet podać i inne napoje wyskokowe, jak wino, kognak i t. p.

Po za tem, należy uwzględnić trawienie chorego i starać się o należyte wypróżnienia, przyczem nigdy nie używać środków przeczyszczających gwałtownie, one bowiem powiększają i tak dość już wzmożoną wra-

żliwość układu nerwowego. Najlepiej jeszcze używać nalewki z liści senesowych, olejek rycynowy, różne wody gorzkie, lewatywy i to nieraz przez kilka tygodni a nawet miesięcy, tak w godzinach porannych jak i wieczornych, by wywołać nie jedno ale do trzech wypróżnień gęstawych. W ten sposób zadziałamy nie tylko miejscowo ale i ogólnie, przeciw niechęci w przyjmowaniu pokarmów.

Ze środków służących do bezpośredniego leczenia zadumy, najlepszym jest makowiec, bo jeżeli nie leczy, to bezwarunkowo najmniej sprowadza szkody choremu a prawie zawsze, jeśli nie spowoduje łagodniejszego przebiegu, to z pewnością zmniejszy niektóre objawy przykre i dręczące a co najważniejsze, że łagodzi i oddala różne nieprzyjemne wrażenia cielesne i duchowe, pomaga przeciw bezsenności a często, ułatwia trawienie, poprawiając tem samem apetyt. Należy go podawać w godzinę po jedzeniu, dwa lub trzy razy dzienie tak, aby ostatnia dawka przypadała na czas tuż przed spaniem. Po pewnym czasie, jeśli chory dobrze go znosi, podawać należy w zwiększonej dawce przez nas od 4 do 6 tygodni, poczem dawkę zmniejszać stopniowo, przyczem, ze względu na to, że upośledza wydzielanie kwasu solnego w żołądku, należy podać choremu po każdem jedzeniu nieco kwasu solnego w odpowiednim rozcieńczeniu.

Niekiedy, dobrze działa równoczesne stosowanie wyciągu naparstnicy w ilości 10—20 kropli i wyżej, zwłaszcza w *Melancholia activa*, ze wzmożoną czynnością serca.

M e n d e l (Klinische Wochenschrift 1872 Nr. 24), poleca w *Melancholia periodica i attonita*, gdzie morfina była bezskuteczną, S p i r. V i n i r e c t i f., którego dobry skutek potwierdziły równie spostrzeżenia O b e r m a y e r'a (Archiv. f. Psych. IV).

Przeciw *Melancholia stupida*, poleca L e i d e s d o r f, K a l i j o d a t u m i arnikę, a włoscy psychiatrzy transfuzyę [1]).

---

[1]) La lipemania stupida e la transfusione sanguigna. Zeitschrift f. Psych. XXXIII.

Höstermann[1]); poleca Amylnitril, działanie jego atoli jest chwilowe; Williams[2]) i Ford[3]), fosfor i to w pigułkach lub jako Acid. phosphor. dil.

Po uregulowaniu apetytu i stolca, należy podać chinę, żelazo, tran i t. p.

Prąd elektrczny, tak stały jak przerywany, umiejętnie i w odpowiednim czasie stosowany, daje nieraz bardzo dobre wyniki; również dobre są krótkie a zimne zlewania, zwłaszcza w ciepłej kąpieli.

W obejściu się z chorymi, nie należy ich nigdy zbytecznie pocieszać, albowiem ich bolesnych uczuć nie uśmierzą żadne politowania i rozrywki jak towarzystwo, teatr, muzyka, one są bowiem dla nich tem samem, czem dla zdrowych a umęczonych fizyczną pracą lub chodzeniem, ruchy gimnastyczne. Również, nie należy posyłać chorych do wód kąpielowych i zmuszać do najrozmaitszych zajęć jak teatrów, koncertów, bo to wszystko pogarsza zwykle chorobę.

Zapewniwszy choremu ciszę i odosobnienie, należy zabronić wszelkich odwiedzań, czyto przyjaciół, znajomych, czy wreszcie krewnych, męczących chorego rozmów, opowiadań, boć to wszystko pogarsza równie stan choroby.

W ten sposób tylko można osiągnąć pomyślny i prawidłowy przebieg choroby.

Jeżeli chorzy zaczynają przychodzić do siebie, należy im pomagać w powrocie do zdrowia jak największą łagodnością, cierpliwością, wyrozumiałością i usuwaniem tego wszystkiego, coby ich mogło drażnić; pomagać im wszelkiemi środkami do możliwego powrotu do dawnego zajęcia i nie opuszczając ich, służyć im radą, pomocą i ułatwianiem im czynności tak długo, dopóki silną nogą nie staną na zdrowym gruncie, albowiem dopiero wtenczas możemy być pewni, że nie przyjdzie tak prędko do nawrotów choroby.

---

[1]) Wien. med. Wochenschrift 1872.

[2]) Journal of mentel science. April 1874.

[3]) Amer. Jour. of. insanity. Styczeń 1874.

LITERATURA.

1. Behr: Die Frage der Katatonie oder des Irreseins mit Spannung. Riga 1891.
2. Berger: Dzieciobójstwo popełnione ż zadumy. Przegl. lek. 1862.
3. Blumenstock: O przerwach wolnych w chorobach umysłowych ze stanowiska sądowo-lek. Przegl. lek. 1884.
4. Binder: Ueber motorische Störungen stereotypen Charakters bei Geisteskranken, mit besonderer Berücksichtigung der Katatonie. Archiv f. Psych. Bd. XX.
5. Bright: Treatise ou Melancholie. 1586.
6. Brachet: Traité de l'Hypochondrie. Paris 1844.
7. Chodecki, W.: Dlaczego szerzą się choroby nerwowe i umysłowe. Zdrowie 1887.
8. Chomętowski: O chorobach umysłowych przez syfilis spowodowanych. Tyg. lek. 1864.
9. Chomętowski S.: Melancholia cataleptica. Pam. Tow. l. W. 1870.
10. — Melancholia z objawami do katalepsyi zbliżonymi. Pam. lek. 1870 str. 697.
11. — Obłąkanie przepuszczające. P. T. l. W. 1876.
12. — Obłęd ostry. Gaz. lek. 1869.
13. — Kilka chorób nerwowych i umysłowych. Pam. Tow. lek. Warsz. 1869.
14. — O leczeniu obłąkanych bez użycia środków krępujących. Pam. Tow. lek. Warsz. 1868.
15. — Nowy sposób leczenia posępnicy z otępieniem (Melancholia attonita) za pomocą elektryczności indukcyjnej. Gaz. lek. 1866.
16. — Moczotok ciągły. Otępienie melancholiczne. Wyleczenie po po jednorazowem zastosowaniu prądu galwan. Gazet. lek. 1863.
17. — Szał melancholiczny (Raptus melancholicus), wypadek sądowo-lekarski. Gaz. lek. 1871.
18. Chwat, L.: Odjęcie umyślne prącia i końca języka w napadzie obłąkania. Pam. Tow. lek. Warsz. 1862.
19. Bechterer: Der Attonitätszustand in der Melancholia attonita.
20. Christian: Etude sur la mélancholie. De troubles de la sensibilité généra le chez les melancoliques. Paris 1876.
21. Cotard: Peste de la vision mentale dans la mélancolie auxiense. Arch. d. Neurol. 1884.

22. Culléře: Études cliniques de la lypémanie stupide. Annal. méd. psych. 1873.
23. Dumas: Les états intellectuelles dans la melancolie. Paris 1895.
24. Dubois: Histoire philosophique de l'Hypochondrie et de l'Hystérie. Paris 1837.
25. Daniłło: O częstości chorób organów płciowych u kobiet obłąkanych. Pam. Tow. lek. Warsz. 1882.
26. Edlicher: De Hypochondria. 1848.
27. Esynirol: Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique, statistique et médicolegal. Paris 1838.
28. Erlicki: Wykłady kliniczne o chorobach umysłowych. Warszawa 1897.
29. — Kilka rysów z symptomatologii obłąkania epileptycznego. Gaz. lek. 1882.
30. — Idee niedorzeczne chorych umysłowych. Medycyna 1893, str. 357, 377, 397.
31. Fawcet: Ueber Melancholie, vornehmlich religiöse Melancholie. 1785.
32. Frese: Ueber den physiologischen Unterschied zwischen Melancholie und Manie. Zeitschrift für Psych. Nr. 28.
33. Farguharson: Melancholia; Lancet. 21. 9. 1896.
34. Friedreich: System d. gerichtl. Psychologie. Regensb. 1842.
35. — Allgem. Diagnostik d. psychischen Krankheiten. Würzb. 1832.
36. Flemming: Pathologie u. Therapie d. Psychosen. Berlin 1859.
37. Frydrych, B.: O chorobach umysłowych. Warszawa 1845.
38. Galenus: De melancholia.
39. Gray: Three diagnostic sigus of melancholia. Ref. Centr. für Nervenkr. 1892.
40. Gumplowicz, M.: Kilka uwag o hypochondryi. Przegl. lek. 1881.
41. Haspel: De la Nostalgie. Paris 1875.
42. Higier, H.: O halucynacyach jednostronnych. Przyczynek do teoryi i patogenezy złudzeń umysłowych. Gaz. lek. 1895.
43. Ideler: Grundriss d. Seelenheilkunde. Berlin 1838.
44. Jacobi: Sammlungen für die Heilkunde der Gemüthskrankheiten. 3 Bde. Elberfeld 1822, 1825 i 1830.
45. — Die Hauptformen der Seelenstörungen in ihren Beziehungen zur Heilkunde. Leipzig 1844.
46. Janikowski, A.: Patologia i Terapia chorób umysłowych. Warszawa 1864.
47. — O chorobach umysł. pod względem sądowym. Warsz. 1845.
48. Kirchhoff: Lehrb. d. Psychiatrie. Leipzig u. Wien 1892.
49. Korsakow: Kurs psychiatrii. Moskwa 1893.
50. Kohlberger: Wstęp do nauki o chorobach umysłowych. Przegląd lekarski 1893.

51. Kowalkowski: Specialnaja psichiatrja. Charkow 1890.
52. Kulesza: Wypadek nagłej śmierci. (Obłęd prześladowczy. Samobójstwo). Tyg. lek. 1848.
53. Krafft-Ebing: Die Melancholie. (Klin. Studie.) Erlangen 1874.
54. — Lehrb. d. Psychiatrie. VI. Aufl. Stuttgart 1897.
55. Kraeplin: Psychiatrie. V. Aufl. Leipzig 1896.
56. Korniłowicz: Przypadek do wpływu leczniczego ostrych cierpień gorączkowych na choroby umysłowe. Gazeta lekarska 1881. str. 337.
57. Kahlbaum: Die Katatonie. Berlin 1874.
58. Laurentius: Discours des maladies melancoliques. 1597.
59. Lorry: De melancholia et Morbis melancholicis. Lutet. Parisor. 1765.
60. Leupoldt: Lehrbuch d. Psychiatrie. Leipzig 1837.
61. Leisdorf: Pathol. u. Theraphie d. psych. Krankheiten. Erlangen, 1860.
62. Laskiewicz-Friedensfeld: Przypadek zadumy pod postacią obłąkania z omamami przebiegającej wyzdrowienie. Przegl. lek. 1878.
63. Lewald: Rozpoznanie i leczenie posępnicy w praktyce. Nowiny lekarskie 1897, str. 604.
64. Pląskowski: Psychiatria. Warszawa 1884.
65. Pick: Beiträge zur Lehre von den Hallucinationen. Neurol. Centralbl. 1892. Nr. 11.
66. Łowicki: Melancholia. Przegl. nauk. 1846.
67. Maitre: Contribution à l'étude des états cataleptiques dans les maladies mentales. Paris 1895.
68. Morel: Du délive panophobique des aliénés gémisseurs. Annal. méd.-psych. 1871.
69. Mendel: Klinische Beiträge zur Melancholie. Allgem. Zeitschrift für Psych. Bd. XLVI. 1890.
70. — Melancholie. Real-Enc. d. g. Heilkunde. T. XV. 1897.
71. Mickle: Katonie. 1890.
72. Marro: Le orine nella lipemania. Arch. f. Psych. 1887.
73. Michéa: Traité practique de l'Hypochondrie.
74. Mierzejewski: O przyczynach rozwoju chorób umysłowych i nerwowych w Rosyi i o środkach zaradczych. Przegl. lek. 1887.
75. Morel: Traité des maladies mentales. Paris 1859.
76. Maleszewski: Uwagi praktyczne nad obłąkaniem umysłu. Pam. Tow. lek. Warsz. 1851.
77. Munkiewicz, A.: Posępnica z otępieniem — jednorazowe zastosowanie prądu indukcyjnego. Klinika 1871.
78. Meynert: Psychiatrie. Wien 1884.
79. — Klin. Vorlesungen über Psych. Wien 1890.

80. Neumann: Lehrbuch d. Psych. Erlangen 1859.
81. Neisser: Ueber die Katatonie. Stuttgart 1887.
82. Ostermayer: Ein klassischer Fall Kahlbaum'scher Katatonie. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 48. 1892.
83. Pląskowski: Stosunek epilepsyi, katalepsyi i chorei do chorób umysłowych. Pam. Tow. lek. Warsz. 1865.
84. — Psychiatrya.
85. Pinel: Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale. Paris 1809.
86. — Encycl. méth. Art. Nostalgie.
87. Pohl: Die Melancholie nach dem neuesten Standpunkte der Physiologie. 1852.
88. Reignier: Traité de mélancolie simple. Paris 1885.
89. Rothe, A.: Psychiatria czyli nauka o chorobach umysłowych. Warszawa 1885.
90. Rothe, A.: Podział chorób umysłowych. Pam. T. lek. W. 1879
91. — Czy płeć, wiek i stan cywilny wywiera wpływ na rozwój chorób umysłowych. Pam. Tow. lek. Warsz. 1879.
92. — O leczeniu i pielęgnowaniu obłąkanych w czasach dawniejszych i teraźniejszych. Gaz. lek. 1871.
93. — Rozmaite sposoby pielęgnowania obłąkanych. Pam. Tow lek. Warsz. 1879.
94. — Kilka słów o leczeniu obłąkanych. P. T. l. W. 1879.
95. — Opinia sądowo lekarska w sprawie przeciwko obwinionemu o zabójstwo żony. Melancholia activa. Gazeta lekarska 1872.
96. — Obłąkanie udawane. Pam. T. lek. Warsz. 1869.
97. Rychliński: Przyczynek do nauki o psychozach peryodycznych i pojmowaniu zboczeń umysłowych. Medycyna 1894.
98. Rolle: Choroby umysłowe. Petersburg 1863—1864.
99. — O dziedziczności obłąkania. Przegl. lek. 1888 i 1889.
100. — Szkice psychiatryczne Przegl. lek. 1873.
101. Rasp: Choroba umysłowa z przestrachu u żołnierza. Przegl. lek. 1863, str. 213.
102. Rosenthal: Hypochondrya w dziedzinie zboczeń umysłowych. Gaz. lek. 1884, str. 239.
103. Regis: Mannel practique de medicine mentale. Paris 1892.
104. Savage: Insanity and allied Neuroses. London, Paris, New-York. 1884.
105. Sankey: Lectureson mental disease. London 1884.
106. Snell: Die verschiedenen Formen der Melancholie. Zeitschrift für Psych. 1872. Nr. 28.
107. Smeth: De la Mélancolie. Bruxelles 1872.
108. Schüle: Dysphrenia neuralgica. Karlsruhe 1867.
109. Saxonia: Tractus de Melancholia. Venetiis 1610.

110. Spitzka: Insanity, its classification, diagnosis and treatment. 1882.
111. Schlöss: Melancholie und Verrücktheit. Jahrb. f. Psych. 1895.
112. Stelle: The blood in Melancholia. Americ. Journal of insanity. XLIX.
113. Solier et Souques: Un cas de mélancolie cataleptiforme. Nour. Iconogr. de la Salpetrière. 1890.
114. Serbsky: Ueber die unter dem Namen Katatonie geschilderten Psychosen. Centr. f. Nervenheilk. 1891.
115. Sinogowitz: Die Geistesstörungen in ihren organischen Beziehungen. Berlin 1843.
116. Schnitzer: Handbuch d. Pathologie und Therapie der Geisteskrankheiten. Leipzig 1846.
117. Spielmann: Diagnostik d. Geisteskrankheiten. Wien 1855.
118. Schroeder van der Kolk: Die Pathologie u. Therapie der Geisteskrankheiten auf anatomisch-physiologischer Grundlage, nach dessen Tode herausgegeben von Dr. F. Hartsen und aus dem Holländischen übersetzt von Dr. Theile. Braunschweig 1863.
119. Szokalski: Fantazyjne objawy zmysłowe. 2 T. Kraków 1861—3.
120. Skórkowski: Choroby duszy i odpowiedzialność moralna. Wilno 1881.
121. Struve, H.: O istocie i ostatecznej przyczynie chorób umysłowych. Pam. Tow. lek. Warsz. 1867.
122. Sawicki: O zachowaniu się naczyń mózgowych w chorobach umysłowych. Przegl. lek. 1876. (Pos. lek. gal. we Lwowie z dnia 16. paźdz. 1875).
123. Schüle: Klinische Psychiatrie. Leipzig. 1886.
124. Voisin: Lecons cliniques sur les maladies mental. 1876.
125. Vilermé: Rech. hist. et méd sur l'hypochondrie. 1802.
126. Winkler: Ueber Blutuntersuchungen bei Geisteskranken. Inaug. Dist. Bonn 1891. Ref. Neur. Centralblatt Nr. 10 z r. 1891.
127. Wille: Melancholie. Deutsche med. Zeitung. 1884.
128. Worcester: Insanity and its treatment. 1882.
129. Ziehen: Ueber Lähmungserscheinungen bei einfachen Psychosen, insbesondere Melancholie. Klin. Wochenschrift Nr. 26. 1877.
130. — Periodische Melancholie. Naturforscher-Versammlung in Lübeck. 1895.
131. — Melancholie in d. Praxis. Sammlung zwangloser Abhandlungen. Halle 1896.
132. — Sphygmographische Untersuchung von Geisteskranken. Jena 1887.
133. — Psychiatrie. Berlin 1894.
134. — Opiumbehandlung bei Psychosen. Ther. Mon. 1889.